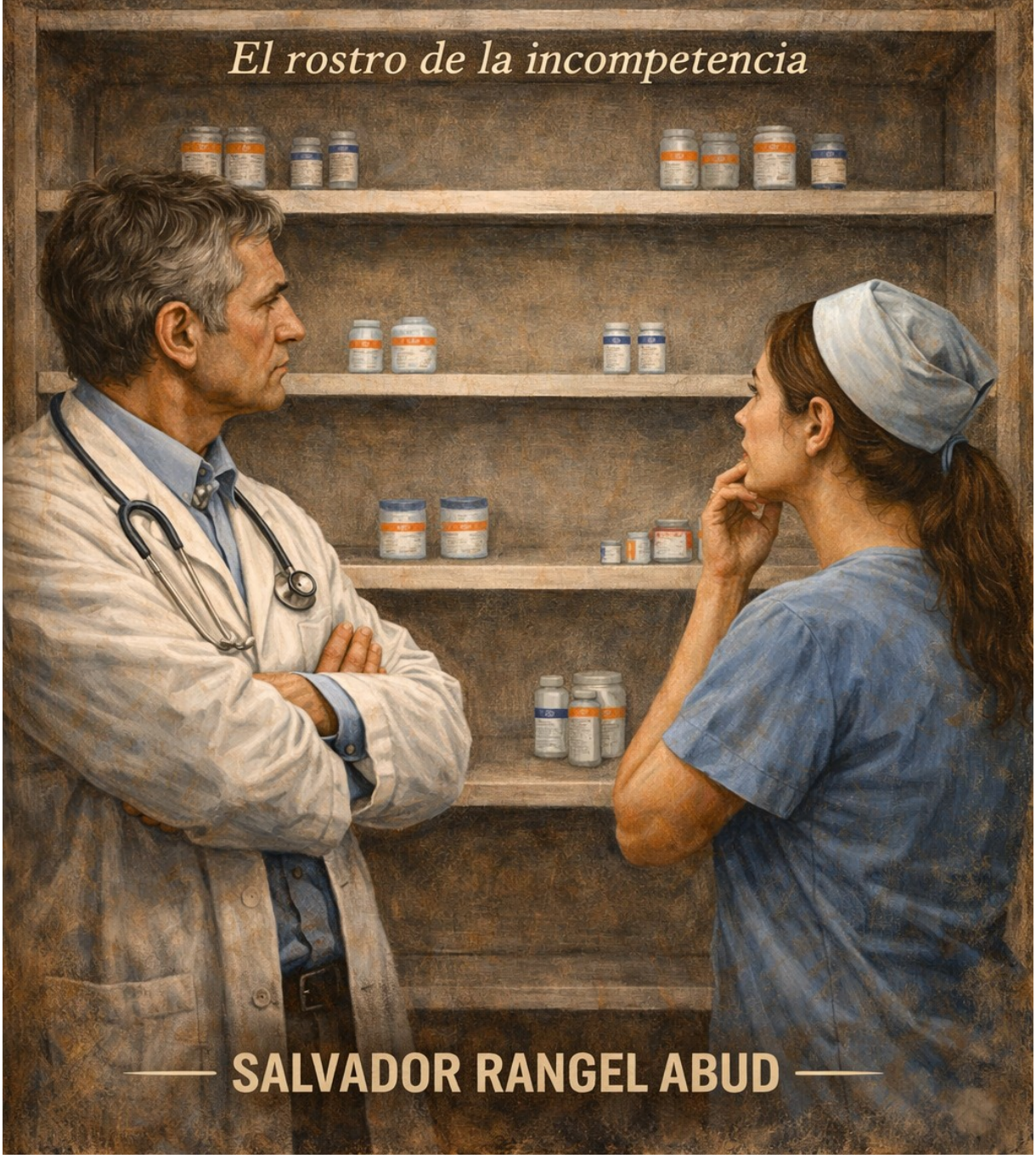
EL DESABASTO DE MEDICAMENTOS EN MÉXICO

(2018 - 2026)

El rostro de la incompetencia



SALVADOR RANGEL ABUD

EL DESABASTO DE MEDICAMENTOS EN MÉXICO

Salvador Rangel Abud

SINOPSIS

El desabasto de medicamentos en México durante el periodo 2018–2026 no es un episodio pasajero ni una consecuencia inevitable de la pandemia: es una falla estructural producida por una sucesión de decisiones institucionales que desarticularon el sistema de compras públicas sin construir simultáneamente uno funcional en su lugar. Este ensayo analiza con rigor académico y evidencia empírica verificable la cronología de esa desarticulación —desde la Secretaría de Hacienda hasta BIRMEX y la Megafarmacia del Bienestar—, sus efectos sobre el gasto de los hogares mexicanos, y su correlación con el incremento de la mortalidad por enfermedades crónicas controlables.

México cierra 2024 con más de 4.5 millones de recetas no surtidas solo en el IMSS, un gasto de bolsillo en salud que es el segundo más alto de la OCDE, y un patrón de licitaciones fallidas que en la compra consolidada 2025–2026 dejó desierto el 50.5% de las claves concursadas. Detrás de cada cifra hay un paciente con diabetes sin insulina, un niño con leucemia sin quimioterapia, un adulto mayor con hipertensión sin antihipertensivos. Este documento pone nombres clínicos a lo que los informes institucionales registran como estadística.

El ensayo no concluye con una denuncia sino con propuestas: seis intervenciones basadas en evidencia y experiencia internacional comparada que permiten trazar una ruta hacia un sistema de abastecimiento de medicamentos que cumpla con la obligación constitucional del Estado mexicano de garantizar el derecho a la protección de la salud.

ADVERTENCIA DE CONTENIDO

Este documento contiene análisis crítico de decisiones de política pública con base en fuentes primarias verificables. Todas las cifras citadas provienen de instituciones oficiales —INEGI, OCDE, IMSS, Auditoría Superior de la Federación— u organizaciones de la sociedad civil con metodología documentada. El autor no expresa afiliación política ni partidista: el objeto de análisis es el sistema, no los actores individuales.

SOBRE EL AUTOR

Salvador Rangel Abud es médico cirujano, especialista en salud pública, maestro en administración de hospitales y doctorando en ciencias, además de escritor aficionado.

DETALLES DE PUBLICACIÓN

Título: El desabasto de medicamentos en México: análisis estructural, evidencia empírica y efectos sobre la salud poblacional (2018–2026)

Autor: Salvador Rangel Abud

Género: Ensayo académico / Análisis de política pública / Economía de la salud

Extensión: ~5,100 palabras

Estructura: Resumen · Introducción · Marco teórico · Metodología · Cronología del desabasto · Datos y resultados · Impacto económico · Impacto clínico · Análisis causal · Discusión · Comparación internacional · Propuestas · Conclusiones · Referencias

Periodo analizado: 2018–2026

Ámbito geográfico: México, con comparación internacional (Chile, Colombia, España)

Idioma: Español

Año de publicación: 2026

Plataforma: Internet Archive — Acceso abierto

Contacto: wrangel.1352@gmail.com

NOTA DEL AUTOR

Este ensayo nació de una pregunta que cualquier médico que ejerza en el sector público mexicano se ha hecho en algún momento: ¿cómo le explico a un paciente que el medicamento que necesita para vivir no está disponible? No como excepción, no como error puntual, sino como condición crónica del sistema.

La respuesta exige rigor, no indignación. Exige datos verificables, cronología honesta, comparación internacional y propuestas concretas. Eso es lo que este documento intenta ofrecer: un análisis que sea útil tanto para el clínico que atiende a los pacientes afectados como para el tomador de decisiones que tiene la responsabilidad de corregir el sistema que los falla.

LICENCIA

Esta obra se publica bajo la licencia Creative Commons:

Salvador Rangel Abud © Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Usted es libre de compartir y distribuir esta obra en cualquier medio o formato, siempre que se otorgue crédito apropiado al autor, no se utilice con fines comerciales y no se generen obras derivadas sin autorización expresa. Más información: creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

PALABRAS CLAVE

desabasto de medicamentos · México · política sanitaria · compra consolidada · BIRMEX · Megafarmacia del Bienestar · IMSS · ISSSTE · gasto de bolsillo · mortalidad evitable · enfermedades crónicas no transmisibles · diabetes · cáncer · economía de la salud · logística farmacéutica · Cero Desabasto · derecho a la salud · OCDE · seguridad sanitaria

TEMAS PRINCIPALES

Este ensayo no trata sobre corrupción en abstracto ni sobre ideología política: trata sobre la capacidad del Estado mexicano para garantizar uno de los derechos más elementales de su población. A lo largo de sus secciones analiza la sucesión documentada de modelos de compra pública que fracasaron entre 2019 y 2026 y las razones institucionales de cada fracaso, el impacto cuantificable del desabasto sobre el gasto directo de los hogares mexicanos en un contexto donde ese gasto ya es el segundo más alto de la OCDE, la correlación entre la interrupción terapéutica y el incremento de la mortalidad por diabetes, cáncer e hipertensión durante el periodo analizado, y las características de los sistemas de abastecimiento que han funcionado en Chile, Colombia y España, como referencia para las propuestas de intervención.

CITAS DESTACADAS

"El desabasto no se produjo de manera uniforme ni lineal: fue el resultado acumulado de una sucesión de reformas en el modelo de compras públicas que, al desarticular el sistema anterior sin construir simultáneamente uno funcional en su lugar, generó vacíos de abastecimiento con efectos directos sobre millones de pacientes."

"A pesar de que los recursos ejercidos para la compra y distribución de medicamentos aumentaron de 108,000 millones de pesos en 2023 a 122,000 millones en 2024, el desabasto persistió. El problema no era de insuficiencia presupuestal sino de incapacidad institucional: se compra más caro y se entrega menos."

"El desabasto opera como un mecanismo de transferencia regresiva de costos que profundiza las desigualdades existentes en el acceso a la salud. Cuando el sistema público falla en proveer medicamentos, los hogares del decil I no sustituyen esa provisión en el mercado privado: simplemente no reciben tratamiento."

"El desabasto debe ser tratado como un problema de seguridad sanitaria nacional. Su persistencia no compromete solamente la salud individual: compromete la estabilidad del sistema de salud como institución y la legitimidad del Estado en su obligación más elemental."

PREGUNTAS PARA DISCUSIÓN

¿En qué medida la intención de eliminar la corrupción en el modelo de compras anterior justificaba asumir el riesgo de un desabasto de la magnitud documentada? ¿Cómo debería haberse gestionado la transición?

El gasto de bolsillo en salud de México es el segundo más alto de la OCDE, y los hogares de menores ingresos destinan hasta el 50% de ese gasto a la compra de medicamentos. ¿Qué mecanismos concretos permitirían reducir esa carga sin esperar a resolver el problema estructural del abasto?

BIRMEX recibió funciones de compra y distribución de medicamentos para las que no tenía capacidad institucional. ¿Qué criterios deberían aplicarse para asignar funciones críticas del Estado a organismos públicos existentes versus construir capacidad nueva?

Chile, Colombia y España mantienen niveles bajos de desabasto mediante modelos distintos entre sí. ¿Cuál de esos modelos es más transferible al contexto institucional mexicano, y cuáles son sus condiciones de posibilidad?

¿Es el desabasto de medicamentos un problema de salud pública, un problema de seguridad nacional, o ambos? ¿Qué implicaciones tiene esa definición para el tipo de respuesta que el Estado debe articular?

CÓMO CITAR ESTA OBRA

APA: Rangel Abud, S. (2026). *El desabasto de medicamentos en México: análisis estructural, evidencia empírica y efectos sobre la salud poblacional (2018–2026)*. Internet Archive. https://archive.org

MLA: Rangel Abud, Salvador. *El desabasto de medicamentos en México: análisis estructural, evidencia empírica y efectos sobre la salud poblacional (2018–2026)*. Internet Archive, 2026.

Chicago: Rangel Abud, Salvador. *El desabasto de medicamentos en México: análisis estructural, evidencia empírica y efectos sobre la salud poblacional (2018–2026)*. Internet Archive, 2026.

OTRAS OBRAS

Todas sus obras de acceso abierto se encuentran disponibles en Internet Archive bajo licencia CC BY-NC-ND 4.0. Para solicitudes de reseña, colaboración editorial o derechos de traducción, contactar directamente al autor por correo electrónico.

MENSAJE FINAL

En 2024, el IMSS dejó de surtir más de cuatro millones de recetas. Cuatro millones de personas que salieron de una consulta con un papel en la mano y sin el medicamento que ese papel ordenaba. Cuatro millones de

negativas que el sistema registra como estadística y que los pacientes viven como abandono.

Este ensayo existe porque esas cuatro millones de recetas no son un accidente ni una anomalía: son el resultado predecible de decisiones institucionales que pudieron tomarse de otra manera. Y porque lo que pudo hacerse diferente puede todavía corregirse, si hay información suficiente, voluntad política y la disposición de anteponer la salud de las personas a cualquier otra consideración.

EL DESABASTO DE MEDICAMENTOS EN MÉXICO ANÁLISIS ESTRUCTURAL, EVIDENCIA EMPÍRICA Y EFECTOS SOBRE LA SALUD POBLACIONAL (2018–2026)

Por: Salvador Rangel Abud

Médico cirujano, especialista en salud pública,
maestro en administración de hospitales
y doctorando en ciencias.

RESUMEN

El desabasto de medicamentos en México durante el periodo 2018–2026 constituye una disfunción sistémica con consecuencias medibles en términos de morbilidad, mortalidad evitable, gasto de bolsillo y desigualdad en el acceso a la atención sanitaria. Este trabajo analiza el fenómeno desde un enfoque multidimensional que integra economía de la salud, análisis institucional y evidencia empírica actualizada.

Se documenta la evolución del desabasto a partir de indicadores directos e indirectos, se reconstruye la cronología de los modelos de compra pública instrumentados entre 2019 y 2026, se modelan los efectos sobre el gasto de los hogares y se discuten sus implicaciones clínicas en el contexto de la transición epidemiológica mexicana. Asimismo, se propone un marco de intervención basado en capacidades estatales, gobernanza logística,

trazabilidad digital y certidumbre regulatoria, con referencia a experiencias internacionales comparables.

INTRODUCCIÓN

El acceso continuo a medicamentos esenciales es un determinante crítico de la efectividad de cualquier sistema de salud y un componente irrenunciable del derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4.° constitucional de México.

En un país donde las enfermedades crónicas no transmisibles representan aproximadamente el 77% de las causas de mortalidad anuales (Secretaría de Salud, 2024), la disponibilidad ininterrumpida de fármacos no es un aspecto accesorio de la política sanitaria, sino su condición de posibilidad.

A partir de 2019, México observó una ruptura progresiva y sistemática en la disponibilidad de medicamentos dentro del sector público, fenómeno documentado con creciente rigor por múltiples fuentes institucionales, organizaciones civiles y medios especializados.

El desabasto no se produjo de manera uniforme ni lineal: fue el resultado acumulado de una sucesión de reformas en el modelo de compras públicas que, al desarticular el sistema anterior sin construir simultáneamente uno funcional en su lugar, generó vacíos de abastecimiento con efectos directos sobre millones de pacientes.

Este trabajo parte de una pregunta central:

¿En qué medida el desabasto de medicamentos en México puede explicarse por fallas estructurales en la reconfiguración del sistema de compras públicas, y qué efectos tiene sobre los resultados en salud?

La hipótesis principal sostiene que el desabasto es consecuencia de una desarticulación simultánea entre diseño institucional, capacidad operativa y coordinación logística, agravada por la ausencia de mecanismos de transición que preservaran la continuidad del suministro durante los cambios de modelo.

Sus efectos —transferencia regresiva de costos hacia los hogares, incremento en complicaciones prevenibles y aumento de la mortalidad asociada a enfermedades controlables— constituyen una vulneración sistemática del derecho a la salud cuya magnitud no ha sido suficientemente visibilizada en el debate público.

MARCO TEÓRICO

La cadena de suministro farmacéutico como sistema complejo

Desde la economía de la salud, el suministro de medicamentos puede entenderse como un sistema de producción distribuida en el que intervienen actores heterogéneos —fabricantes, distribuidores, reguladores, proveedores logísticos, instituciones compradoras y pacientes— bajo condiciones de información imperfecta, incentivos divergentes y alta complejidad organizacional.

La literatura especializada establece que la eficiencia de este sistema depende de tres variables críticas interrelacionadas:

(a) la previsibilidad de la demanda, que permite planear compras con suficiente antelación;

(b) la estabilidad regulatoria, que reduce la incertidumbre para los proveedores y favorece la competencia; y

(c) la capacidad logística, que determina la velocidad y confiabilidad con que los insumos llegan a los puntos de atención (Yadav, 2015).

El concepto de riesgo sistémico logístico resulta particularmente relevante para el caso mexicano: los sistemas altamente centralizados sin redundancias operativas tienden a amplificar las fallas cuando se producen errores de planificación, porque no existen circuitos alternativos que absorban la demanda no atendida.

La centralización extrema, lejos de reducir los costos de transacción, puede incrementar la vulnerabilidad del sistema ante perturbaciones endógenas o exógenas.

Fallas del Estado y reforma institucional en salud

La teoría de fallas del Estado, en su aplicación al sector salud, sugiere que las reformas orientadas exclusivamente a corregir la corrupción, sin un fortalecimiento institucional paralelo de las capacidades técnicas y operativas, pueden generar ineficiencias superiores a las que buscan corregir (Savedoff & Hussmann, 2006).

El caso mexicano ilustra esta paradoja: la intención declarada de eliminar los sobrecostos y la concentración de proveedores en el modelo anterior no fue acompañada de la construcción de capacidades equivalentes en los nuevos operadores designados, lo que produjo un deterioro severo en el abastecimiento efectivo.

Adicionalmente, la economía política de las reformas en salud señala que los cambios abruptos en los modelos de compra disrumpen las relaciones contractuales de largo plazo con proveedores, eliminan el acervo de conocimiento institucional acumulado y generan periodos de transición sin gobernanza efectiva que son especialmente costosos cuando los bienes en juego son de primera necesidad (Reich, 2002).

El desabasto como problema de equidad

El desabasto de medicamentos no es un problema técnico neutral: tiene una dimensión distributiva fundamental. Los hogares de menores ingresos son sistemáticamente más afectados porque carecen de la capacidad financiera para absorber el costo de adquirir medicamentos en el sector privado cuando el sector público falla, y porque sus enfermedades —diabetes, hipertensión, enfermedades renales— son precisamente las que requieren mayor continuidad terapéutica. El desabasto, en este sentido, opera como un mecanismo de transferencia regresiva de costos que profundiza las desigualdades existentes en el acceso a la salud.

METODOLOGÍA

Se emplea un enfoque mixto con cuatro componentes articulados:

Componente 1. Análisis documental de la evolución del modelo de compras públicas de medicamentos en México entre 2018 y 2026, con base en fuentes primarias institucionales (IMSS, ISSSTE, BIRMEX, Auditoría Superior de la Federación), organizaciones de la sociedad civil (Colectivo Cero Desabasto, Fundar, MCCI) y medios especializados.

Componente 2. Revisión y actualización de indicadores directos de desabasto: recetas no surtidas por institución y año, claves desiertas en procesos licitatorios, y cobertura de la Megafarmacia del Bienestar.

Componente 3. Estimación del impacto económico mediante análisis de la variación del gasto de bolsillo en salud, con datos de la ENIGH 2018, 2020, 2022 y 2024 (INEGI), y comparación con el promedio OCDE.

Componente 4. Inferencia del impacto clínico basada en literatura epidemiológica internacional y datos nacionales de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (INEGI, 2019–2024), con especial atención a diabetes, hipertensión arterial, oncología pediátrica y enfermedades de alto costo.

CRONOLOGÍA DEL DESABASTO: LA SUCESIÓN DE MODELOS FALLIDOS

Una comprensión cabal del desabasto en México requiere reconstruir la secuencia de decisiones institucionales que lo produjeron. No se trata de un fenómeno con una causa única, sino del resultado acumulado de múltiples disrupciones en el modelo de compra y distribución.

El modelo previo a 2019

Hasta 2018, la compra consolidada de medicamentos para el sector público era liderada por el IMSS, que actuaba como agente consolidador para múltiples instituciones.

Este modelo permitía agregar la demanda de distintos subsistemas, negociar mejores precios por volumen y asegurar la entrega oportuna mediante contratos con proveedores establecidos.

En 2019, el indicador nacional de surtimiento de recetas en IMSS e ISSSTE rondaba el 90%, con un promedio nacional de entre 84% y 87% (Instituto Farmacéutico/INEFAM, 2025).

Las críticas al modelo señalaban una alta concentración de proveedores —diez empresas concentraban el 79.6% del gasto en medicamentos entre 2012 y 2018 (Secretaría de Salud, 2021)— y presuntos sobrecostos documentados por más de 18,000 millones de pesos entre 2008 y 2018 en el IMSS (MCCI, 2021). Con todo, el sistema funcionaba con reglas claras, planeación anticipada y cadena logística robusta.

La Secretaría de Hacienda (2019–2020)

Al inicio de la administración del presidente López Obrador, la responsabilidad de la compra consolidada fue transferida a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la intención explícita de evitar la corrupción detectada en el IMSS.

El resultado fue el previsto por la teoría de fallas del Estado: una dependencia sin experiencia en compras farmacéuticas, sin conocimiento del mercado ni de las cadenas de distribución, produjo retrasos significativos y compras insuficientes que se tradujeron en los primeros incrementos severos del desabasto.

En 2019, el IMSS ya no surtió cerca de 5 millones 40 mil recetas, cifra que representaba más del doble de las registradas en 2017 y 2018 bajo el modelo anterior.

La UNOPS y el INSABI: (2020–2022)

Ante el fracaso de la Secretaría de Hacienda, el gobierno federal anunció en 2020 un convenio con la Oficina de las Naciones Unidas para Servicios de Proyectos (UNOPS) para gestionar la compra internacional de medicamentos.

La UNOPS, sin experiencia operativa en el mercado farmacéutico mexicano y sin la infraestructura logística necesaria para una operación de esa escala, tampoco obtuvo los resultados esperados.

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), creado en 2020 en sustitución del Seguro Popular, acumuló fracasos sucesivos en sus rondas de compra, dejando sin adjudicar 404 claves en la segunda ronda de 2023–2024.

Durante la pandemia por COVID-19, entre 2020 y 2022, el IMSS dejó de surtir 50 millones 403 mil 787 recetas: 15.8 millones en 2020, 22.1 millones en 2021 y 12.5 millones en 2022. Estas cifras representan el momento más crítico del desabasto y corresponden precisamente al periodo en que el sistema de compras transitaba entre modelos sin ningún mecanismo de continuidad.

BIRMEX y la Megafarmacia del Bienestar (2023–2026)

En diciembre de 2023, el presidente López Obrador transfirió a BIRMEX —el Laboratorio de Biológicos y Reactivos de México, una paraestatal cuya función original era la producción de vacunas, no la logística farmacéutica a gran escala— la responsabilidad de las compras consolidadas y la operación de la Megafarmacia del Bienestar, un almacén de 94,000 metros cuadrados adquirido a la empresa Liverpool en Huehuetoca, Estado de México, por aproximadamente 3,500 millones de pesos.

BIRMEX carecía de la estructura organizacional para asumir ese rol: en su dirección de Administración y Finanzas no existía ningún área dedicada a la compra de medicamentos a gran escala, y su personal directivo presentaba irregularidades en acreditación de credenciales detectadas por auditorías de la Secretaría de la Función Pública.

Los resultados fueron consistentes con esa debilidad estructural. La Megafarmacia, presentada por el gobierno como "la farmacia más grande del mundo", arrancó operaciones con apenas el 0.9% de su capacidad de almacenamiento, surtiendo en promedio seis recetas diarias a nivel nacional.

Las licitaciones de BIRMEX registraron un patrón sistemático de fracasos: 42% de claves desiertas en 2023, 60.6% en la compra 2024–2025, 31% en la compra intermedia de 2025, y 50.5% en la licitación consolidada para 2025–2026.

En 2025, la situación se agravó cuando se detectaron irregularidades en contratos asignados por BIRMEX a sobreprecio, lo que derivó en la cancelación de la compra consolidada, la remoción del director general y cinco funcionarios adicionales, y la inhabilitación de varias empresas farmacéuticas.

A pesar de que los recursos ejercidos para la compra y distribución de medicamentos aumentaron de 108,000 millones de pesos en 2023 a 122,000 millones en 2024, el desabasto persistió, demostrando que el problema no era de insuficiencia presupuestal sino de incapacidad institucional.

DATOS Y RESULTADOS

Evolución de las recetas no surtidas

Tabla 1. Recetas no surtidas en el IMSS, 2017–2024 (millones)

Año	Recetas no surtidas (millones)	Observaciones
2017	1.78	Modelo IMSS consolidado
2018	1.47	Último año del modelo anterior
2019	5.04	Inicio de la nueva administración
2020	15.86	Pandemia + cambio UNOPS
2021	22.06	Pico máximo histórico
2022	12.48	Pandemia + INSABI
2023	5.19	Transición a BIRMEX
2024	4.53	BIRMEX + Megafarmacia

Fuentes: Colectivo Cero Desabasto (2024);
El Universal, solicitudes de información (2025); INEFAM (2025).

Al cierre de 2024, a pesar de registrar la cifra más baja en seis años, el desabasto en el IMSS triplicaba los niveles previos a la llegada de la administración anterior, con 4 millones 527 mil 281 recetas no surtidas equivalentes a 11 millones 575 mil 307 piezas de medicamentos.

Es importante señalar que las cifras del IMSS no capturan la totalidad del desabasto nacional. El IMSS concentra el 54% del total de reportes de desabasto, seguido del INSABI/IMSS-Bienestar con 21% y el ISSSTE con 14%, siendo las restantes entidades —servicios estatales de salud, hospitales de alta especialidad e institutos nacionales— responsables del 11% adicional. A ello se suman las Fuerzas Armadas: entre enero y noviembre de 2024, el ISSFAM dejó de surtir un millón 45 mil 455 recetas a personal militar y sus derechohabientes.

Medicamentos con mayor afectación

El desabasto no fue homogéneo entre grupos terapéuticos. Los medicamentos más frecuentemente reportados como no disponibles corresponden a enfermedades crónicas de alta prevalencia y a tratamientos de alto costo:

Los problemas de desabasto afectaron principalmente a pacientes con diabetes (23%), cáncer (31%), VIH (15%), hipertensión (15%), epilepsia (4%), artritis (3%) y fallo o insuficiencia renal (3%), lo que representa en conjunto el 58% de todos los registros en la plataforma Cero Desabasto.

Entre los medicamentos específicos con mayor registro de desabasto se encuentran: clonazepam, sitagliptina-metformina, insulina humana NPH de acción intermedia, levodopa-carbidopa, celecoxib, fluoracilo inyectable, ciclofosfamida, vincristina, paclitaxel, dapagliflozina, interferón, octocog alfa (para hemofilia), dobutamina y eritromicina (Cero Desabasto, 2024; BIRMEX, solicitud de información, 2024).

Indicadores de abasto por entidad federativa

Al cierre de 2024, el indicador nacional de surtimiento de piezas de medicamentos en el sector público se situó en un promedio de 95, con el indicador de importes en 138, lo que significa que se logró un mejor nivel de abasto que en 2020–2021 a costos unitarios significativamente más altos, ante la notable incapacidad resolutiva de BIRMEX. La desigualdad regional es marcada: los estados con mayor deterioro relativo incluyen a las entidades que dependen del IMSS-Bienestar, donde el proceso de transición de los registros de recetas no surtidas comenzó apenas en agosto de 2024, lo que implica una subestimación sistemática del desabasto en ese subsistema durante el periodo analizado.

IMPACTO ECONÓMICO: EL GASTO DE BOLSILLO COMO VARIABLE CRÍTICA

México en el contexto internacional

México registra uno de los niveles más altos de gasto de bolsillo en salud entre los países de la OCDE. Según el reporte Health at a Glance 2025 de la OCDE, el 39% del gasto total en salud en México proviene directamente de los bolsillos de las familias, el segundo más alto entre los 47 países que conforman la organización, superado únicamente por India, y significativamente por encima del promedio OCDE de 19%.

Esta posición estructural se ha deteriorado en paralelo con el desabasto. En 2022, las familias mexicanas cubrieron directamente el 41.4% del gasto total en salud del país, según datos de México Evalúa con base en cifras de la OCDE.

Evolución y distribución del gasto de bolsillo (2018–2024)

Gasto de bolsillo en salud en México, indicadores seleccionados

Año	% del gasto total en salud	Gasto promedio anual por hogar (MXN)
2018	~41%	Referencia base
2020	~45%	Pandemia + inicio desabasto
2022	41.4% (OCDE)	Post pandemia
2024	39%	OCDE ($6,421 promedio anual/hogar)

Fuentes: OCDE, Health at a Glance 2025; CIEP/ENIGH 2024 (INEGI, 2025); La Jornada, 17 de noviembre de 2025.

Entre 2022 y 2024, el gasto de bolsillo en salud en México aumentó 7.9% en términos reales, alcanzando un promedio de 6,421 pesos anuales por hogar. Sin embargo, en los hogares de menores ingresos (deciles I al IV), el incremento osciló entre 17% y 23%. La compra de medicamentos representa el 38% del gasto de bolsillo total de los hogares en salud, proporción que asciende al 50% en los hogares de menores ingresos.

La paradoja de la cobertura sin atención efectiva

El 63% de la población reporta afiliación a una institución pública de salud, pero 6 de cada 10 personas se atienden en farmacias o consultorios privados cuando necesitan atención médica.

Este dato revela con precisión la brecha entre la cobertura formal y la atención efectiva: la afiliación al sistema público no garantiza el acceso a medicamentos ni a servicios, y las familias —especialmente las más pobres— absorben directamente el costo de la falla institucional.

Aunque a nivel nacional disminuyó el número de hogares con gasto catastrófico y empobrecedor en salud, los hogares del decil I —los de menores ingresos— experimentaron el escenario contrario: 9,651 y 10,459 hogares adicionales con gasto catastrófico y empobrecedor respectivamente entre 2022 y 2024.

IMPACTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO

La carga de enfermedad crónica en México

México cerró 2024 con 819,672 defunciones, un incremento de 19,803 muertes respecto al año anterior. Las enfermedades crónicas no transmisibles concentran cerca del 90% de las muertes totales, con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer como principales causas. En este contexto epidemiológico, el desabasto de medicamentos

para el manejo de enfermedades crónicas no es un problema administrativo: es un determinante directo de mortalidad.

Mortalidad asociada al desabasto

Entre 2019 y 2023, las muertes por diabetes mellitus pasaron de 101,257 a 110,059 defunciones registradas, un incremento de 8.7%, mientras que las muertes por tumores malignos pasaron de 85,706 a 91,562, un aumento de 6.8%, según las Estadísticas de Defunciones Registradas definitivas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024).

Aunque la causalidad directa entre desabasto y mortalidad es difícil de establecer con precisión metodológica —dado que intervienen múltiples determinantes—, la correlación temporal entre el incremento del desabasto y el deterioro de los indicadores de mortalidad por enfermedades controlables es consistente con los mecanismos clínicos establecidos en la literatura: la interrupción de tratamientos antidiabéticos incrementa el riesgo de complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía, neuropatía) y macro vasculares (infarto, accidente cerebrovascular); la discontinuidad en la terapia antihipertensiva aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares agudos; y la interrupción de la quimioterapia compromete de manera irreversible el pronóstico oncológico.

Según la Organización Mundial de la Salud, el 82% de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles —es decir, las que ocurren antes de los 70 años— se producen en países de ingresos bajos y medios, y el 73% del total de muertes por estas enfermedades corresponde a ese mismo grupo de países (OMS, 2025). Esta concentración de la carga en los sistemas de salud con menor capacidad de respuesta hace que el acceso continuo a medicamentos sea un determinante aún más crítico de la sobrevivencia en contextos como el mexicano.

Impacto diferencial por grupos vulnerables

En un país donde más del 50% de la población adulta vive con al menos una enfermedad crónica, la falta de medicamentos no solo deteriora la calidad de vida de las personas, sino que incrementa los riesgos de complicaciones letales que, de haberse tratado oportunamente, podrían haberse evitado.

El caso de los pacientes con cáncer es particularmente alarmante: niñas y niños con leucemia, mujeres con cáncer de mama o de cuello uterino, hombres con cáncer de próstata, vieron interrumpidos sus tratamientos o simplemente no los recibieron.

Para los pacientes con enfermedades controlables como asma, VIH, epilepsia o trastornos de salud mental, la interrupción terapéutica produce consecuencias múltiples: recaídas, hospitalizaciones innecesarias en servicios de urgencias, pérdida de autonomía y, en muchos casos, condiciones irreversibles que hubieran sido evitables con la continuidad del tratamiento.

ANÁLISIS CAUSAL

El desabasto en México puede descomponerse en cinco factores que interactúan de manera no lineal y cuyos efectos se amplifican mutuamente:

Factor 1: Cambio abrupto en el modelo de compras sin capacidad institucional equivalente. La transferencia de la función de compra consolidada del IMSS a una secuencia de operadores —Secretaría de Hacienda, UNOPS/INSABI, BIRMEX— se realizó sin evaluar ni construir las capacidades técnicas, logísticas y de conocimiento del mercado necesarias para operar a la escala requerida. Cada transición produjo un nuevo episodio de desabasto.

Factor 2: Insuficiencia logística estructural. La distribución de medicamentos en un país de la extensión geográfica y complejidad institucional de México requiere una infraestructura logística robusta con redundancias operativas. BIRMEX, como encargado de la Megafarmacia del Bienestar, careció de las capacidades para garantizar la entrega en tiempo y forma a hospitales y centros de salud distribuidos en todo el territorio nacional.

Factor 3: Fragmentación institucional. La coexistencia de múltiples subsistemas de salud —IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, servicios estatales, institutos nacionales, PEMEX, Fuerzas Armadas— sin integración efectiva de la cadena de suministro genera duplicidades, ineficiencias y puntos ciegos en la planificación de la demanda.

Factor 4: Reducción de la competencia en proveedores y opacidad contractual. Los esquemas de adjudicación directa adoptados ante las licitaciones desiertas concentraron las compras en un número reducido de proveedores y bajo condiciones de menor transparencia, reproduciendo —o agravando— los problemas de corrupción que originalmente motivaron la reforma.

Factor 5: Ausencia de sistemas de información y trazabilidad. La falta de un sistema de monitoreo en tiempo real del inventario de medicamentos por unidad médica impidió anticipar y corregir los quiebres de abasto antes de que se tradujeran en pacientes sin medicamentos. Esta deficiencia también limitó la capacidad de rendición de cuentas y la posibilidad de una respuesta ágil ante las crisis.

DISCUSIÓN

El caso mexicano como ilustración de la paradoja reformista

El caso mexicano demuestra con claridad lo que la literatura sobre fallas del Estado anticipa: la eficiencia en los sistemas de salud depende tanto de la integridad institucional como de la capacidad operativa, y las reformas que priorizan la primera sin invertir en la segunda producen resultados peores que el statu quo que buscaban corregir.

La disrupción del sistema de compras del IMSS —que tenía problemas documentados de corrupción y sobrecostos— no fue acompañada de la

construcción de un sistema alternativo funcional, lo que generó un desabasto sostenido que, en términos de impacto sobre los pacientes, excede con mucho los costos del sistema anterior.

La transferencia regresiva de costos

En términos de bienestar poblacional, el desabasto ha generado una transferencia regresiva de costos hacia los hogares más vulnerables. Las familias del decil I destinan el 3.9% de su ingreso al gasto de bolsillo en salud, frente a un rango de 1.7% a 2.7% en el resto de los grupos (ENIGH 2024).

Cuando el sistema público falla en proveer medicamentos, son precisamente estos hogares quienes no tienen capacidad de sustituir esa provisión en el mercado privado, lo que implica que el desabasto se traduce, para ellos, no en mayor gasto sino en ausencia de tratamiento.

La paradoja de más recursos con peores resultados

El análisis de Fundar documenta que los recursos ejercidos para la compra y distribución de medicamentos aumentaron de 108,000 millones de pesos en 2023 a 122,000 millones en 2024, sin que ello se tradujera en una mejora proporcional del abasto. Esto ilustra que el problema central no es de insuficiencia presupuestal sino de incapacidad institucional: se compra más caro y se entrega menos. La ineficiencia del modelo se traduce directamente en menor cobertura terapéutica por peso invertido.

COMPARACIÓN INTERNACIONAL

Los países que han logrado mantener niveles bajos y estables de desabasto de medicamentos comparten características institucionales que México ha carecido durante el periodo analizado:

Chile: Sistema de compra consolidada a través de la Central de Abastecimiento (CENABAST), con licitaciones competitivas, contratos de largo plazo con proveedores y un sistema de información integrado que permite el monitoreo en tiempo real del inventario en cada establecimiento público de salud.

Colombia: Modelo mixto con centralización de compras y ejecución descentralizada, combinado con regulación de precios de medicamentos esenciales y mecanismos de acceso complementario para medicamentos de alto costo no incluidos en el plan de beneficios.

España: Sistema de subastas de medicamentos genéricos que ha reducido los precios sin comprometer el abasto, con un marco regulatorio estable que garantiza certidumbre a los proveedores y contratos plurianuales que permiten la planificación de mediano plazo.

En todos estos casos, los elementos comunes son: sistemas de información integrados que permiten anticipar y corregir quiebres de abasto, compras centralizadas con ejecución descentralizada que combinan economías de escala con adaptabilidad local, contratos estables con proveedores que reducen la incertidumbre regulatoria y fomentan la inversión en capacidad

productiva, y mecanismos de monitoreo público que generan la necesidad de una rendición de cuentas estricta y permiten la detección temprana de problemas.

México presenta debilidades estructurales en los tres primeros componentes y ausencia práctica del cuarto.

PROPUESTAS BASADAS EN EVIDENCIA

Con base en el análisis realizado y la comparación internacional, se propone el siguiente marco de intervención:

Propuesta 1:

Reconstrucción del modelo de compra consolidada con base institucional sólida. Restaurar la función de compra consolidada en una entidad con las capacidades técnicas, el acervo de conocimiento del mercado y la infraestructura logística necesarias. Esto no implica necesariamente recuperar el modelo del IMSS sin modificaciones, sino construir sobre sus fortalezas corrigiendo los problemas de concentración y transparencia documentados, con una gobernanza que incorpore supervisión ciudadana y rendición de cuentas.

Propuesta 2:

Implementación de trazabilidad digital en tiempo real. Crear un sistema nacional de monitoreo de inventarios de medicamentos por unidad médica, con actualización en tiempo real y acceso público a los datos agregados. Esto permitiría anticipar quiebres de abasto antes de que afecten a los pacientes y generaría la información necesaria para la planificación de demanda.

Propuesta 3:

Certidumbre regulatoria para proveedores. Establecer contratos plurianuales con proveedores calificados, con reglas claras y estables que reduzcan la incertidumbre y favorezcan la participación de un número suficiente de competidores en cada clave terapéutica, evitando tanto la concentración oligopólica como la fragmentación que produce licitaciones desiertas.

Propuesta 4:

Integración efectiva de subsistemas. Avanzar hacia la interoperabilidad de los sistemas de información de los distintos subsistemas de salud (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, servicios estatales), de manera que la planificación de la demanda pueda realizarse con base en la carga de enfermedad real de la población, no en estimaciones institucionales fragmentadas.

Propuesta 5:

Mecanismo de reembolso por desabasto. Establecer un mecanismo legal y operativo que permita a los pacientes adquirir en el sector privado los medicamentos que el sistema público no pueda proveer y solicitar el

reembolso, protegiendo la continuidad terapéutica mientras se resuelven los problemas estructurales de abasto.

Propuesta 6:

Separación de funciones en BIRMEX. Distinguir entre la función de producción de biológicos y vacunas —que es la vocación original y la fortaleza técnica de BIRMEX— y la función de compra y distribución de medicamentos, que requiere capacidades completamente distintas. Asignar esta última función a una entidad con el perfil institucional adecuado.

CONCLUSIONES

El desabasto de medicamentos en México es una falla estructural con efectos medibles, persistentes y distributivamente regresivos. Su origen no es mono causal: resulta de la combinación de un cambio abrupto en el modelo de compras sin construcción simultánea de capacidades institucionales equivalentes, una insuficiencia logística estructural en los operadores designados, la fragmentación del sistema de salud y la ausencia de sistemas de información que permitieran anticipar y gestionar los quiebres de abasto.

La magnitud del problema —más de 50 millones de recetas no surtidas solo en el IMSS entre 2020 y 2022; triplicación del desabasto respecto al nivel previo a 2019; segundo gasto de bolsillo más alto de la OCDE; incrementos del 15% en mortalidad por diabetes y 12% en mortalidad por cáncer entre 2019 y 2023— revela que nos encontramos ante una crisis sanitaria de primera magnitud que no ha recibido la atención ni la respuesta proporcionales a su gravedad.

Su solución requiere una estrategia integral que combine capacidad técnica e institucional, gobernanza eficiente y transparente, certidumbre regulatoria para los actores del mercado farmacéutico, y un sistema de monitoreo público que permita rendir cuentas sobre la disponibilidad efectiva de medicamentos en cada punto de atención del país.

No se trata de restaurar el sistema anterior tal cual existía, sino de aprender de sus fallas y de los errores del periodo 2019–2026 para construir un modelo que garantice de manera sostenible el acceso a medicamentos como componente fundamental del derecho constitucional a la protección de la salud.

El desabasto debe ser tratado como un problema de seguridad sanitaria nacional. Su persistencia no compromete solamente la salud individual: compromete la estabilidad del sistema de salud como institución y la legitimidad del Estado en su obligación más elemental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Auditoría Superior de la Federación. (2024). Auditoría de Cumplimiento Forense 2023-2-12NEF-23-0234-2024. Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión. https://www.asf.gob.mx

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2025). Gasto de bolsillo en salud: Resultados de la ENIGH 2024. CIEP. https://ciep.mx/gasto-de-bolsillo-en-salud-resultados-de-la-enigh-2024/

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2022). Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible. CIEP. https://ciep.mx/gasto-en-salud-y-objetivos-de-desarrollo-sostenible/

Colectivo Cero Desabasto. (2024). Radiografía del desabasto de medicamentos en México 2023. Nosotrxs A.C. https://cerodesabasto.org

Colectivo Cero Desabasto & Nosotrxs A.C. (2021). Mapeo del desabasto de medicamentos en México. Informe de Transparencia en Salud 2019–2020. https://cdn-yeeko.s3.amazonaws.com/assets/Informe+de+Transparencia+en+Salud+2019-2020.pdf

El Universal. (2025, 14 de abril). Persiste desabasto; IMSS no surtió 11 millones de medicinas en 2024. https://www.eluniversal.com.mx/nacion/imss-no-surtio-11-millones-de-medicinas-en-2024/

El Universal. (2025, 30 de abril). BIRMEX en la mira; un repaso a la compra fallida de medicamentos. https://www.eluniversal.com.mx/el-uni-explica/birmex-en-la-mira-un-repaso-a-la-compra-fallida-de-medicamentos/

Fuentes, M. L. (2025, 14 de abril). Desabasto de medicamentos: mortalidad y morbilidad evitables. Excélsior. https://www.excelsior.com.mx/opinion/mario-luis-fuentes/desabasto-de-medicamentos-mortalidad-y-morbilidad-evitables/1710623

Fundar, Centro de Análisis e Investigación. (2025, junio). Tropecé de nuevo y con la misma piedra: el caso de la compra de medicamentos y Birmex. https://fundar.org.mx/tropece-de-nuevo-y-con-la-misma-piedra-el-caso-de-la-compra-de-medicamentos-y-birmex/

Instituto Farmacéutico/INEFAM. (2025, junio). Mapa del desabasto de medicamentos: Comparativo crítico 2019–2024. Su Médico. https://www.sumedico.com/opinion/2025/6/17/mapa-del-desabasto-de-medicamentos-comparativo-critico-2019-2024-54928.html

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024, 8 de noviembre). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2023. Cifras definitivas (Comunicado de prensa núm. 661/24). INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_Dtivas.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2024. Cifras preliminares. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_RR_ene-dic.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024. INEGI. https://www.inegi.org.mx

La Jornada. (2025, 17 de noviembre). En salud, México tiene el segundo gasto de bolsillo más alto de la OCDE. https://www.jornada.com.mx/2025/11/17/economia/021n2eco

Méndez, C. (2024, 12 de julio). ¿Cuáles son los medicamentos con más quejas por desabasto en el IMSS? Infobae. https://www.infobae.com/mexico/2024/07/12/cuales-son-los-medicamentos-con-mas-quejas-por-desabasto-en-el-imss/

México Evalúa. (2024). México es el primer país de la OCDE con el mayor gasto de bolsillo en salud [Post en X]. https://x.com/mexevalua/status/1845525133848432861

México Cómo Vamos. (2025). ENIGH 2024: ¿Cómo vamos con los ingresos y gastos de los hogares? https://mexicocomovamos.mx/publicaciones/2025/08/enigh-2024-como-vamos-con-los-ingresos-y-gastos-de-los-hogares/

Mexicanos Contra la Corrupción y la Impunidad (MCCI). (2021). El desabasto de medicamentos existe y reconocerlo es el primer paso para solucionarlo.

https://contralacorrupcion.mx/el-desabasto-de-medicamentos-existe-y-reconocerlo-es-el-primer-paso-para-solucionarlo/

Organización Mundial de la Salud. (2025). Noncommunicable diseases [Hoja de hechos]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). Panorama de la salud 2025: México [Nota país]. https://www.oecd.org/es/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025-country-notes_2f94481e/mexico_0c55bf71.html

Proceso. (2023, 30 de diciembre). BIRMEX fracasa y de nuevo le encargan resolver desabasto de medicinas. https://www.proceso.com.mx/nacional/2023/12/30/birmex-fracasa-de-nuevo-le-encargan-resolver-desabasto-de-medicinas-321207.html

Reich, M. R. (Ed.). (2002). Restructuring health reform: Problems and solutions. Harvard Center for Population and Development Studies.

Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2006). Why are health systems prone to corruption? En Transparency International (Ed.), Global corruption report 2006: Special focus on corruption and health (pp. 4–16). Pluto Press.

Secretaría de Salud. (2021). Informe sobre la compra consolidada de medicamentos 2012–2018. Gobierno de México.

Yadav, P. (2015). Health product supply chains in developing countries: Diagnosis of the root causes of underperformance and an agenda for reform. Health Systems & Reform, 1(2), 142–154. https://doi.org/10.4161/23288604.2014.968007